IDAHO
Instrucciones anticipadas
Planificación de decisiones importantes sobre la atención médica

Cortesía de CaringInfo
www.caringinfo.org

CaringInfo, un programa de la National Alliance for Care at Home (Alliance), es una iniciativa nacional de participación del consumidor que tiene como propósito mejorar la atención y la experiencia de la prestación de cuidados durante una enfermedad grave y al final de la vida. Como parte de esta iniciativa, CaringInfo ofrece una guía detallada para el llenado de los formularios de instrucciones anticipadas para los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Indicaciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones completas.
- Sus formularios de instrucciones anticipadas específicos del territorio, que son las páginas con la barra de instrucciones gris en el lado izquierdo.

ANTES DE EMPEZAR

Asegúrese de tener los materiales para cada estado en el que pueda recibir atención médica. Puesto que los documentos son específicos de los estados, es útil contar con el documento correspondiente de cada estado en el que pueda permanecer un tiempo considerable. Puesto que los documentos son específicos de los estados, es útil contar con el documento correspondiente de cada estado en el que pueda permanecer un tiempo considerable. Para viajes ordinarios a otros estados no es necesario que haga nuevas instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas de este paquete solo serán legalmente vinculantes si la persona que las llena es un adulto competente de 18 años o más, o un menor emancipado.

PASOS A SEGUIR

1. Si lo desea, puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de iniciar para que tenga una copia en limpio en caso de que necesite comenzar de nuevo.

2. Cuando comience a completar los formularios, diríjase a las barras grises de instrucciones, pues le guiarán a lo largo del proceso.

3. Hable con sus familiares, amigos y médicos sobre sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que designe para que tome decisiones en su nombre entienda sus deseos.

4. Una vez que llene y firme los formularios, fotocópielos, escanéelos o tómeles una foto y entrégueselos a la persona que haya designado para que tome decisiones en su nombre, a sus familiares, amigos, proveedores de atención médica o líderes espirituales para que estén disponibles en caso de emergencia.

Copyright © 2005 National Alliance for Care at Home. Todos los derechos reservados. Revisado en 2023. La reproducción y distribución por parte de una organización o grupo organizado sin el permiso escrito de la National Alliance for Care at Home está expresamente prohibida.

5. Si lo desea, también puede guardar una copia de los formularios en su expediente médico electrónico, o en una aplicación, programa o servicio de expedientes médicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus familiares, médicos y otras personas que desee que participen de forma activa en su planificación de atención anticipada.

6. Idaho mantiene un Registro de instrucciones anticipadas. Al presentar sus instrucciones anticipadas en el registro, su proveedor de atención médica y sus seres queridos podrán encontrar una copia de sus instrucciones en caso de que usted no pueda proporcionarlas. Puede leer más sobre el registro, incluidas las instrucciones sobre cómo presentar sus instrucciones anticipadas, en https://healthandwelfare.idaho.gov/services-programs/birth-marriage-death-records/advance-directives-and-registry-services

INTRODUCCIÓN A SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE IDAHO

Este paquete contiene un **Testamento en vida y un Poder notarial duradero para la atención médica** de Idaho. Este es un documento legal que protege su derecho a rechazar el tratamiento médico que no desea o a solicitar el tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad de tomar decisiones por usted mismo:

La primera parte de su documento es un **Testamento en vida**. Esta sección le permite expresar sus deseos sobre la atención médica en caso de que padezca una afección terminal o esté en estado vegetativo persistente y ya no pueda tomar sus propias decisiones médicas.

La segunda parte de su documento es un **Poder notarial duradero para la atención médica**. Esta sección le permite nombrar a alguien para que tome sus decisiones de atención médica, incluidas las decisiones sobre el tratamiento de soporte vital, si ya no puede expresarse por sí mismo. El poder notarial duradero para la atención médica es especialmente útil porque nombra a alguien para que hable por usted en cualquier momento en que no pueda tomar sus propias decisiones médicas, no solo al final de la vida.

Después de su Testamento en vida y el Poder notarial duradero para la atención médica, hay un **Formulario de donación de órganos**.

¿Cómo puedo hacer legales mis instrucciones anticipadas para la atención médica de Idaho?

La ley de Idaho establece que firme su testamento en vida y el poder notarial duradero para la atención médica. Aunque la ley estatal no establece que firme sus instrucciones para la atención médica en presencia de un testigo, es una buena idea que su testamento en vida sea atestiguado por al menos una persona que también firme el documento a fin de demostrar que le conoce personalmente y considera que usted está en su sano juicio. Sus testigos **no deben** ser:

- su agente,
- su médico u otro proveedor de atención médica tratante,
- un empleado de su proveedor de atención médica tratante, a menos que esté relacionado con usted,
- un operador de un centro de atención comunitaria,
- el empleado de un operador de un centro de atención comunitaria, a menos que esté relacionado con usted.

Nota: No es necesario notarizar su testamento en vida y el poder notarial duradero para la atención médica.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente es la persona que usted nombra para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que ya no esté en condiciones de tomar estas decisiones por sí mismo. Su agente puede ser un familiar o amigo cercano en quien confíe para que tome decisiones importantes. La persona que nombre como su agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones sobre la atención médica por usted.

Puede nombrar a varios agentes suplentes. Los suplentes intervendrán si la primera persona que usted nombró como su agente no puede, no quiere o no está disponible para actuar en su nombre.
La persona que nombre como su agente o agente suplente **no puede** ser:

- su médico u otro proveedor de atención médica tratante,
- un empleado de su proveedor de atención médica tratante, a menos que esté relacionado con usted,
- un operador de un centro de atención comunitaria,
- el empleado de un operador de un centro de atención comunitaria, a menos que esté relacionado con usted.

¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para elaborar un documento de instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando nombra a un agente y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, el agente se encuentra en la mejor posición para abogar por usted. Dado que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no limitar involuntariamente la facultad de su agente para que actúe en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras "siempre" y "nunca". En cualquier caso, asegúrese de hablar con su agente y con otras personas sobre su atención médica futura y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?

Su **Testamento en vida** entra en vigor cuando su médico determina que (a) usted padece una enfermedad terminal en la que los procedimientos artificiales de soporte vital solo servirían para prolongar artificialmente su vida y que su muerte ocurrirá con o sin el uso de procedimientos de soporte vital, o (b) usted está en estado vegetativo persistente.

Su **Poder notarial duradero** entra en vigor cuando su médico determina que ya no puede tomar o comunicar sus decisiones de atención médica.

Usted conserva la potestad principal para sus decisiones de atención médica, siempre y cuando sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del agente

Su agente debe cumplir las leyes vigentes de Idaho relacionadas con el embarazo y la interrupción de embarazos.

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

Puede revocar su Testamento en vida y el Poder notarial duradero para la atención médica en cualquier momento al:

- cancelar, eliminar, destruir, quemar, romper o de alguna manera destruir el documento, o pedirle a otra persona que lo haga en su presencia,
- firmar una revocación por escrito,
- expresar de forma verbal su intención de revocar el documento.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales; sin embargo, usted puede indicar sus deseos y otorgar potestad a su agente con respecto a las enfermedades de salud mental. El Centro Nacional de Recursos sobre Instrucciones Anticipadas Psiquiátricas mantiene un sitio web (https://nrc-pad.org/) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes de atención anticipada más detallados en relación con las enfermedades mentales, podría hablar con su médico y un abogado acerca de un poder notarial duradero que se adapte a sus necesidades.

¿Qué otra información importante debo saber?

En 2010, la Legislatura de Idaho aprobó la Ley de Libertad de Conciencia para los Profesionales de la Salud, que otorga a un médico el derecho de abstenerse de proporcionar cualquier servicio de atención médica, incluido el tratamiento y la atención al final de la vida, que viole su conciencia. Según la nueva ley, "conciencia" significa los principios religiosos, morales o éticos sinceramente profesados por cualquier persona. Debido a que esta nueva ley puede tener consecuencias con respecto a su planificación anticipada para la atención, es importante que hable con su proveedor de atención médica sobre sus deseos de atención anticipada.

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no entrarán en vigor en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su agente. El personal de ambulancias y del departamento de emergencias de los hospitales están obligados a practicar la reanimación cardiopulmonar (RCP) salvo que tenga una orden independiente del médico, que suele denominarse "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el departamento de salud o en el departamento para adultos mayores de su estado (https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html). Otro tipo de órdenes relacionadas con la RCP y otros tratamientos son las órdenes portátiles para el tratamiento de mantenimiento de la vida (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) específicas de los estados (https://polst.org/form-patients/). Tanto el formulario POLST como el DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN mostrarse al personal de emergencias cuando se presente. Estas instrucciones indican al personal de la ambulancia y de emergencias del hospital que no intenten practicar la RCP (o la detengan si ya comenzó) si su corazón o su respiración se detiene.

INSTRUCCIONES

ESCRIBA LA FECHA EN LETRA DE IMPRENTA.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y DIRECCIÓN.

© 2005 National Alliance for Care at Home.
Revisado en 2023.

Fecha de las instrucciones: _____

Su nombre: _____

Dirección: _____

_____

TESTAMENTO EN VIDA

INSTRUCCIONES PARA RETENER O PROPORCIONAR TRATAMIENTO

1. Yo, estando en pleno uso de mis facultades mentales, deliberada y voluntariamente expreso mi deseo de que mi vida no deberá prolongarse de forma artificial bajo las circunstancias indicadas a continuación. Estas instrucciones solo entrarán en vigor si soy incapaz de comunicar mis instrucciones y:

(a) Tengo una lesión, enfermedad o afección incurable o irreversible, y un médico que me ha examinado ha certificado lo siguiente:

1. Dicha lesión, enfermedad o afección es terminal.
2. La aplicación de procedimientos artificiales de soporte vital solo serviría para prolongar mi vida de forma artificial.
3. Mi muerte es inminente, ya sea que se empleen o no procedimientos artificiales de soporte vital.

(b) Me diagnosticaron un estado vegetativo persistente.

En tal caso, deseo que se siga la declaración marcada a continuación sobre mi intención y recibir cualquier tratamiento o atención médica que pueda ser necesaria para mantenerme sin dolor o sufrimiento.

MARQUE LA DECLARACIÓN QUE REFLEJE SUS DESEOS, LUEGO, ESCRIBA SUS INICIALES EN LA LÍNEA.

MARQUE SOLO UNA.

Marque una casilla y escriba sus iniciales en la línea después de dicha casilla:

☐ _____ Deseo que se me proporcione todo el tratamiento médico, atención y procedimientos necesarios para restaurar mi salud, mantener mi vida, y cesar o aliviar el dolor o sufrimiento. La nutrición e hidratación, ya sean artificiales o no artificiales, no se retendrán ni suspenderán si es probable que muera principalmente por desnutrición o deshidratación, en lugar de por la lesión, enfermedad o afección.

O

☐ _____ Deseo que todo el tratamiento médico, la atención y los procedimientos, incluidos los procedimientos artificiales de soporte vital, se retengan o retiren, con excepción de la nutrición y la hidratación, ya sean artificiales o no artificiales, que no se retendrán o retirarán si, como resultado, es probable que muera principalmente de desnutrición o deshidratación, en lugar de por la lesión, enfermedad o afección, de la siguiente manera: (Si no marca ni escribe sus iniciales en ninguna de las siguientes casillas, entonces, se administrarán tanto la nutrición como la hidratación, de cualquier naturaleza, ya sea de forma artificial o no artificial).

MARQUE SOLO UNA.

SI MARCÓ LA SEGUNDA CASILLA, ARRIBA, Y SI NINGUNA DE LAS SIGUIENTES CASILLAS ESTÁ MARCADA Y CON SUS INICIALES, ENTONCES, SE LE PROPORCIONARÁ NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Marque una casilla y escriba sus iniciales en la línea después de dicha casilla:

☐ _____ Solo se administrará hidratación de cualquier naturaleza, ya sea artificial o no artificial.

☐ _____ Solo se administrará nutrición, de cualquier naturaleza, ya sea artificial o no artificial.

☐ _____Se administrarán tanto nutrición como hidratación, de cualquier naturaleza, ya sea artificial o no artificial.

O

☐ _____ Deseo que todo tratamiento médico, atención y procedimientos se retengan o retiren, incluido el retiro de la administración de nutrición e hidratación artificiales.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

2. Entiendo en su totalidad la importancia de estas instrucciones, y estoy emocional y mentalmente competente para hacerlas. Ningún participante en la elaboración de estas instrucciones ni en su entrada en vigor será responsable de ninguna manera por cumplir mis instrucciones.

3. Marque una casilla y escriba sus iniciales en la línea después de dicha casilla:

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA LÍNEA CORRECTA, DEPENDIENDO DE SI YA COMPLETÓ UN FORMULARIO DE POST.

_____ Hablé sobre estas decisiones con mi médico, profesional de práctica avanzada, enfermero o asistente médico, y también completé un formulario de Órdenes del médico para el alcance del tratamiento (Physician Orders for Scope of Treatment, POST) que contiene instrucciones que pueden ser más específicas que estas instrucciones, pero que son compatibles con ellas. Por la presente, apruebo esas órdenes y las incorporo aquí como si estuvieran completamente establecidas.

O

LOS FORMULARIOS DE POST DEBEN OBTENERSE DE SU MÉDICO, PROFESIONAL DE PRÁCTICA AVANZADA, ENFERMERO O ASISTENTE MÉDICO.

_____No he completado un formulario de Órdenes del médico para el alcance del tratamiento (POST). Si mi médico, profesional de práctica avanzada, enfermero o médico asistente firma posteriormente un formulario de POST, entonces, este testamento en vida se considerará modificado para que sea compatible con los términos del formulario de POST.

NOTA: Los formularios de POST deben obtenerse del médico de la persona.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

PODER NOTARIAL DURADERO

1. Nombramiento del agente para la atención médica.
Ninguno de los siguientes puede nombrarse como su agente: (1) su proveedor de atención médica tratante, (2) un empleado de su proveedor de atención médica, (3) un operador de un centro de atención comunitaria o (4) el empleado de un operador de un centro de atención comunitaria que no sea su pariente. Si el agente o un agente suplente nombrado en estas instrucciones es mi cónyuge, y nuestro matrimonio se disuelve después, dicho nombramiento será revocado.

Por la presente designo y nombro a la siguiente persona como mi apoderado (agente) para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, según lo autorizado en estas instrucciones:

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU AGENTE.

Nombre del agente para la atención médica:_____

Dirección y números de teléfono del agente para la atención médica:
_____

_____

Número de teléfono del agente para la atención médica:_____

A efectos de estas instrucciones, "decisión de atención médica" significa consentimiento, rechazo del consentimiento o retiro del consentimiento a cualquier atención, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una afección física de una persona.

2. Creación del Poder notarial duradero para la atención médica.
En este apartado de estas instrucciones, mi intención es crear un poder notarial duradero para la atención médica. Este poder notarial no se verá afectado por mi incapacidad posterior. Este poder entrará en vigor solo cuando sea incapaz de comunicarme de forma racional.

3. Declaración general de la concesión de la potestad.
Sujeto a cualquier limitación en estas instrucciones, incluido lo establecido en el párrafo 2 inmediatamente anterior, por la presente otorgo a mi agente pleno poder y potestad para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, en la misma medida en que podría tomar tales decisiones por mí mismo si tuviera la capacidad de hacerlo. En el ejercicio de esta potestad, mi agente tomará decisiones de atención médica que sean consistentes con mis deseos, según lo establecido en estas instrucciones o de otra manera dados a conocer a mi agente, incluidos, entre otros, mis deseos con respecto a la obtención,

© 2005 National Alliance for Care at Home.
Revisado en 2023.

el rechazo o el retiro de la atención, tratamiento, servicios y procedimientos que prolongan la vida, incluidos los deseos establecidos en un testamento en vida, en el formulario de Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (POST) o un documento similar que yo haya ejecutado, si corresponde. (Si desea limitar la potestad de su agente para tomar decisiones de atención médica por usted, puede indicar las limitaciones en el párrafo 4, "Declaración de sus deseos, cláusulas y limitaciones especiales", a continuación. Puede indicar sus deseos incluida una declaración de sus deseos en el mismo párrafo).

4. Declaración de sus deseos, cláusulas y limitaciones especiales. (Su agente debe tomar decisiones de atención médica que sean consistentes con sus deseos conocidos. Aunque no es imprescindible que lo haga, puede declarar cuáles son sus deseos en el espacio que se proporciona a continuación. Debe considerar si desea incluir una declaración de sus deseos con respecto a la atención, el tratamiento, los servicios y los procedimientos que prolongan la vida. También puede incluir una declaración de sus deseos con respecto a otros asuntos relacionados con su atención médica, incluida una lista de una o más personas que nombre para que puedan recibir información médica sobre usted o para que se les permita visitarle en una institución médica. También puede dar a conocer sus deseos a su agente, hablándole de ellos o por algún otro medio. Si hay algún tipo de tratamiento que no desea que se utilice, debe indicarlo en el espacio a continuación. Si desea limitar de cualquier otra manera la potestad otorgada a su agente en estas instrucciones, debe indicar los límites en el espacio a continuación. Si no establece ningún límite, su agente gozará de poderes amplios para tomar decisiones de atención médica en su nombre, con excepción de los límites establecidos por ley).

Al ejercer la potestad otorgada por este poder notarial duradero para la atención médica, mi agente actuará de manera consistente con mis deseos, como se indica a continuación, y está sujeto a las cláusulas y limitaciones especiales que se indican en mi formulario de Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (POST), en un testamento en vida o un documento similar que yo haya ejecutado, si corresponde. Declaración adicional de sus deseos, cláusulas y limitaciones especiales:

Declaración adicional de sus deseos, cláusulas y limitaciones especiales:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(Adjunte páginas adicionales o documentos si necesita más espacio para completar su declaración).

AGREGUE OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HAY, CON RESPECTO A SUS PLANES ANTICIPADOS DE ATENCIÓN.

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN ABORDAR AÚN MÁS SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, COMO SUS DESEOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE HOSPICIO, PERO TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR OTROS ASUNTOS DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS PARA SU ENTIERRO.

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

5. Inspección y divulgación de información relacionada con mi salud física o mental.

A. Concesión de poder y potestad general. Sujeto a las limitaciones en estas instrucciones, mi agente tiene el poder y la potestad para hacer todo lo siguiente:

1. Solicitar, revisar y recibir cualquier información, de forma verbal o escrita, con respecto a mi salud física o mental, incluidos, entre otros, los registros médicos y hospitalarios;
2. Ejecutar en mi nombre las autorizaciones u otros documentos que puedan ser necesarios para obtener esta información;
3. Dar su consentimiento para la divulgación de esta información;
4. Dar consentimiento para la donación de cualquiera de mis órganos con fines médicos. (Si desea limitar la potestad de su agente para recibir y divulgar información relacionada con su salud, debe indicar las limitaciones en el párrafo 4, "Declaración de sus deseos, cláusulas y limitaciones especiales" anterior).

B. Potestad de divulgación de la HIPAA. Mi agente debe tratarse de la misma manera en la que se me trataría a mí con respecto a mis derechos sobre el uso y la divulgación de la información sobre mi salud individualmente identificable u otros expedientes médicos. Esta potestad de divulgación se aplica a cualquier información regida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, Título 42 del Código de los Estados Unidos (United States Code, USC) 1320d y el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 160-164. Autorizo a cualquier médico, profesional de atención médica, dentista, plan de salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de atención médica cubierto, cualquier compañía de seguros y a MIB Group Inc. (antes Medical Information Bureau, Inc.) u otra oficina de información de atención médica que me haya proporcionado tratamientos o servicios, o que haya pagado o esté solicitando mi pago por dichos servicios, a dar, divulgar y otorgar a mi agente, sin restricciones, toda mi información médica individualmente identificable, así como expedientes médicos con respecto a cualquier afección médica o de salud mental pasada, presente o futura, incluida toda la información relacionada con el diagnóstico y el tratamiento del VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales, y abuso de drogas o alcohol. La potestad otorgada a mi agente reemplazará cualquier otro acuerdo que pudiera haber realizado con mis proveedores de atención médica para restringir el acceso o la divulgación de mi información médica individualmente identificable. La potestad otorgada a mi agente no tiene fecha de vencimiento y vencerá solo en caso de que revoque la potestad por escrito y lo comunique a mi proveedor de atención médica.

© 2005 National Alliance for Care at Home.
Revisado en 2023.

6. Firma de documentos, exenciones y renuncias.
Cuando sea necesario implementar las decisiones de atención médica que mi agente está autorizado a tomar mediante esas instrucciones, mi agente tiene el poder y la potestad para ejecutar en mi nombre todo lo siguiente: (a) documentos titulados o que pretendan ser una "Negativa a permitir tratamiento" o un "Abandono del hospital en contra del consejo médico"; y (b) cualquier renuncia o exención de responsabilidad necesaria exigida por un hospital o médico.

7. Nombramiento de agentes suplentes.
(No está obligado a nombrar a agentes suplentes, pero puede hacerlo. Cualquier agente suplente que usted designe podrá tomar las mismas decisiones de atención médica que el agente nombrado en el párrafo 1 anterior en caso de que el agente no pueda o no sea elegible para actuar como su agente. Si un agente suplente que usted nombre es su cónyuge, él o ella dejará de ser elegible para actuar como su agente si su matrimonio se disuelve después).
Si la persona designada como mi agente en el párrafo 1 no está disponible o no es elegible para actuar como mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, o si pierde la capacidad mental para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, o si revoco el nombramiento o la potestad de esa persona para actuar como mi agente a fin de tomar decisiones de atención médica en mi nombre, entonces, designo y nombro a las siguientes personas para que actúen como mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, según lo autorizado en estas instrucciones, y dichas personas actuarán en el orden que se detalla a continuación:

AGENTES SUPLENTES

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LOS NOMBRES, DIRECCIONES Y NÚMEROS DE TELÉFONO DE SUS AGENTES SUPLENTES.

A. 1.er agente suplente _____

Dirección _____

_____

Número de teléfono _____

B. 2.º agente suplente _____

Dirección _____

_____

Número de teléfono _____

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LOS NOMBRES, DIRECCIONES Y NÚMEROS DE TELÉFONO DE SUS AGENTES SUPLENTES.

C. 3.er agente suplente _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

8. Revocación de nombramientos previos.
Revoco cualquier poder notarial duradero para la atención médica previo.

© 2005 National Alliance for Care at Home.
Revisado en 2023.

FIRME Y FECHE EL DOCUMENTO.

Nombre y firma del mandante.
(Debe fechar y firmar su Testamento en vida y el Poder notarial duradero para la atención médica).

Firmo este Formulario reglamentario de poder notarial duradero para la atención médica el _____ en
(fecha)

_____, _____.
(ciudad) (estado)

_____
(firma)

PROCEDIMIENTO PARA LOS TESTIGOS

LA LEY DE IDAHO NO REQUIERE QUE SU FIRMA SEA ATESTIGUADA, PERO SE RECOMIENDA PARA GARANTIZAR QUE SE CUMPLAN SUS DESEOS.

Testigos (opcional)

Testigo 1
Firma: _____

Nombre en letra de imprenta:

Dirección de residencia: _____

_____

Fecha: _____

Testigo 2
Firma: _____

Nombre en letra de imprenta:

Dirección de residencia: _____

_____

Fecha: _____

DOS TESTIGOS DEBEN FIRMAR Y FECHAR EL DOCUMENTO, Y ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA SUS NOMBRES Y DIRECCIONES.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS DE IDAHO - Página 1 DE 1

DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL)

Rubrique la línea de la declaración a continuación que refleje mejor sus deseos. No tiene que rubricar ninguna de las declaraciones. Si no escribe sus iniciales en ninguna de las declaraciones, su agente y su familia tendrán la potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo, de acuerdo con la ley de Idaho.

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA OPCIÓN QUE REFLEJE SUS DESEOS.

___No quiero hacer una donación de órganos ni tejidos y no quiero que mi agente o mi familia lo haga.

___Ya firmé un acuerdo por escrito o tarjeta de donante con respecto a la donación de órganos y tejidos con la siguiente persona o institución:

Nombre de la persona o institución:_____

___De conformidad con la ley de Idaho, por la presente doy, a partir de mi muerte:

AGREGUE EL NOMBRE O INSTITUCIÓN (SI CORRESPONDE).

_____ Cualquier órgano o parte necesaria.
_____ La siguiente parte u órganos mencionados a continuación:

Para (escriba sus iniciales en una opción):

_____ Cualquier propósito legalmente autorizado.
_____ Fines de trasplante o terapéuticos únicamente.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE, FIRME Y FECHE EL DOCUMENTO.

Nombre del declarante: _____

Firma del declarante: _____, fecha: _____

El declarante firmó este documento de manera voluntaria o instruyó a otra persona para que firmara en mi presencia.

SUS TESTIGOS DEBEN FIRMAR Y ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA SUS DIRECCIONES.

Testigo _____Fecha_____

Dirección _____

_____

Soy una parte desinteresada con respecto al declarante, su donación y patrimonio. El declarante firmó este documento de manera voluntaria o instruyó a otra persona para que firmara en mi presencia.

AL MENOS UN TESTIGO DEBE SER UNA PARTE DESINTERESADA.

Testigo_____Fecha_____

Dirección _____

_____

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.